**绍 兴 市 人 民 医 院**

采购需求调查承诺表填报注意事项

**本次填报将作为医院制定采购需求的重要依据，请各供应商认真阅读研究本注意事项和填报表格，如实、细致、准确开展填报工作：**

**一、本次采购需求调查承诺表中所列设备及数量、预算金额，仅为现阶段工作计划，医院将根据实际工作进展进行调整和完善，最终以财政批复为准。**

**二、绍兴市人民医院医疗设备购置，一律以本次发布的信息为准。**

1. 请根据想报名参加的项目，在承诺表中对应项目后面填报相关承诺信息。
2. 填报过程中请勿删除任何栏目或修改表格格式，同一设备项下无法填写的栏目，请用“/”表示。
3. 表格标“\*”为必填项。
4. 是否中小微企业填报标准以生产企业属性为标准。
5. 质保时间和质保秒次：请填写承诺可提供的质保时间和质保秒次，写明是否以先到为准。
6. “用户单位”和“省内成交最低价及用户”请优先填写浙江省内三甲医院，并提供相应价格的政府采购网链接。
7. 表格请统一命名为“供应商名称+调研承诺表”。
8. 此表格务必同时提供盖章扫描件和EXCEL表。扫描件统一使用A3纸，未填报的设备不必打印。
9. 请广大供应商务必根据注册证、说明书、白皮书等批准证明材料客观、如实、仔细填写。由于未正确填写、弄虚作假可能导致的后果，供应商自行承担，造成不良后果的，绍兴市人民医院将依法追究责任。
10. 表格请于4月16日17时前通过以下链接（https://docs.qq.com/form/page/DYVNKZGNoanhJUmxW）报送，可同时填报多个序号。逾期可能造成的后果自负。
11. 填报过程中问题，请联系：绍兴市人民医院设备处郑工，联系电话：0575-82309000。

感谢广大供应商支持！